様式第２号（第４条関係）

**松阪市ＨＰＶワクチン任意接種費用助成金申請用証明書**

　　　年　　　月　　　日

（宛先）松阪市長

（被接種者情報）※申請者が記入

住　　所：

氏　　名：

生年月日：

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| ワクチンの種類 | □組換え沈降２価HPVワクチン（サーバリックス） |
| □組換え沈降４価HPVワクチン（ガーダシル） |
| □組換え沈降９価HPVワクチン（シルガード９） |
| 予防接種を受けた年月日 | 1回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５　　ｍＬ |
| 年月 　日 |
| 2回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５　　ｍＬ |
| 年月 　日 |
| 3回目 | ロット番号 | 接種量 |
| 接種年月日 |  | ０．５　　ｍＬ |
| 年月 　日 |

実施場所：

医療機関コード：

医師名：

医師署名又は記名押印：